



การบำบัดอย่างมีสติสำหรับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

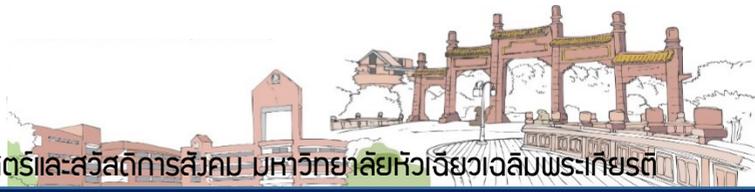
พรรณปพร ลีวีโรจน์*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญในการทบทวนแนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ที่สามารถนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ได้ โดยศึกษาในบริบทไทยและเชื่อมโยงกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ในต่างประเทศมีการนำ MBCT มาใช้กันอย่างมากและหลากหลายกลุ่ม เช่น โรคทางจิตเวช ตัดสารเสพติดและโรคอ้วน เป็นต้น และสิ่งสำคัญของ MBCT สามารถช่วยผู้ป่วยหายจากโรคและไม่กลับไปเป็นซ้ำได้อีก โดยเฉพาะโรคทางจิตเวช สำหรับประเทศไทยยังไม่มี การนำ MBCT มาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่เริ่มมีการศึกษาบ้างแล้ว ดังนั้น จึงต้องการนำเสนอว่าน่าจะมีการนำ MBCT มาประยุกต์ใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อให้การปฏิบัติการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ มีประสิทธิภาพสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยไม่กลับไปเป็นซ้ำได้อีก ทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดอย่างมีสติ, สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, โรคทางจิตเวช

* อาจารย์ประจำ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Panpraporn Leeviroj

Abstract

This article was aimed to review the concept of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) that can be used to assist patients in medical social work. This article was studied in the Thai context and linked to study abroad. The results have been found that MBCT was widely used in many countries and many groups, such as psychiatric disorders, drug addiction and obesity, and so on. The importance of MBCT could assist the patients from the diseases and those diseases did not happen again especially psychiatric diseases. Therefore, in Thailand, MBCT has never applied to help patients. However, it has already begun to study of MBCT. Hence, it was recommended that MBCT could be applied in medical social work in order to provide effective medical social work which could assist patients without returning to be repeated, as well as improving the quality of life for patients and their families in a sustainable manner.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, medical social work, psychiatric disorders



บทนำ

แนวความคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) ของ Segal, Williams, and Teasdale (2013) ที่มีพื้นฐานมาจากแนวความคิดการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ของ Beck (1995) ที่ได้รับความนิยมอย่างมากทั่วโลก และปัจจุบันยังคงใช้อยู่ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในบางกลุ่มพบว่าไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จริง จึงได้พัฒนาเป็นแนวคิด MBCT และนำแนวคิดนี้ไปใช้บำบัดในหลากหลายกลุ่มทำให้หายขาดจากโรคได้ เช่น กลุ่มโรคทางจิตเวช โรคอ้วน การลดความอยากบุหรี่ยาลดน้ำตาลในเลือด และลดอาการอยากกินยา และที่สำคัญป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ที่ผ่านมามี MBCT ใช้การฝึกการมีสติด้วยการทำสมาธิ (Meditation) เพียงอย่างเดียวตามแนวคิดพุทธศาสนา เช่น นั่งสมาธิ การฝึกสติสัมปชัญญะ การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ วิปัสสนากรรมฐาน สวดมนต์ เดินจงกรม และการท่องเที่ยวมนต์ตรา ที่เป็นการฝึกจิตให้สงบนิ่งชั่วขณะทำให้หยุดความคิดเชิงลบ แต่ในระยะเวลาผ่านไปจิตกลับไม่สงบนิ่งขึ้นมาอีก จึงเป็นเหตุให้กลับมามีความคิดเช่นเดิม ที่เป็นสาเหตุของการกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากยังขาดการฝึกจัดการกับความคิดอย่างมีสติที่เป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดนี้ MBCT เป็นการรวบรวมแนวคิดจิตวิทยาตะวันตกกับจิตวิทยาตะวันออกเข้าด้วยกัน ด้วยการผสมผสานการมีสติตามแนวพุทธกับศาสตร์ทางการแพทย์ ด้วยการฝึกสังเกตความคิดที่สามารถแยกออกจากพฤติกรรมของตนเอง และฝึกความคิดที่เราคิดอยู่ใน

ขณะนั้นว่าไม่ใช่ความเป็นจริง และมันก็ไม่ใช่ความคิดของฉัน “Thoughts are not Facts” and “I am not my Thoughts” เพื่อจัดการกับความคิดแบบเดิม ๆ ที่เคยเป็นมาที่อาจไม่ใช่ความจริง ในระบบความคิดอัตโนมัติ “Automatic Pilot” (Segal et al., 2013) อันเป็นสาเหตุสำคัญในระบบความคิดของผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่ทำให้มีอาการกลับไปเป็นซ้ำ ฉะนั้น ถ้าสามารถจัดการกับระบบความคิดอัตโนมัติได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่แตกต่างไปจากความคิดแบบเดิม ๆ ที่เคยเป็นมาในที่สุดหลุดจากความคิดเดิม ๆ MBCT จึงเป็นการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้และสามารถนำไปใช้ในกลุ่มต่าง ๆ อย่างหลากหลาย เช่น ติดสารเสพติด จัดการความเครียด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Catherine et al., 2014; Forkmann et al., 2014; Sona et al., 2014; Spinhoven, Huijbers, Ormel, and Speckens, 2017; นิรมล กุบแก้ว, 2555; ธิดา รัตนสมบัติ 2555)

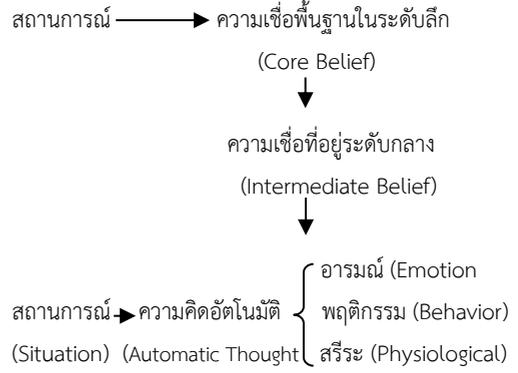
ดังนั้น แนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (MBCT) ในประเทศไทยเริ่มมีการศึกษาบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการนำมาใช้บำบัดในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยเฉพาะในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ที่เป็นงานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสังคมและอารมณ์จากสภาวะความเจ็บป่วย ด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกัน แก้อาการฟื้นฟูและพัฒนา ที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล บทความวิชาการนี้จึงขอเสนอทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคม ด้วยการนำแนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (MBCT) ไปประยุกต์ใช้ในงาน



สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถจัดการกับปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ได้หรือไม่กลับไปเป็นซ้ำได้อีก ด้วยหลักการและวิธีการในการช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

แนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)

แนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (Mindfulness- Based Cognitive Therapy: MBCT) ได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ด้วยการผสมผสานกันระหว่างการบำบัดความคิด (Cognitive Therapy: CT) ของ Ellis และ Beck ในปี ค.ศ. 1962-1967 และการบำบัดพฤติกรรม (Behavior Therapy: BT) ของ Skinner และ Pavlov ในปี ค.ศ. 1927-1970 เนื่องจากแนวคิดการบำบัดพฤติกรรม (BT) ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ Beck จึงได้พัฒนาทฤษฎีใหม่ขึ้นมาเป็นการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (CT) เริ่มใช้กับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตาย ติดสารเสพติด โรคจิตประเภทต่าง ๆ ปัญหาด้านการกิน ปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาทางบุคลิกภาพ ฯลฯ ด้วยการประเมินความคิด และหาวิธีการแก้ไขปัญหา หรือใช้การจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยการเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา ที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีพื้นฐานมาจากรูปแบบของกระบวนการคิด (Cognitive Model) ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบกระบวนการคิด (Beck, 1995)

จากภาพที่ 1 รูปแบบกระบวนการคิดที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ออกมาเกิดจากเมื่อมีสถานการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นบุคคลจะรับรู้และจดจำเข้าไปในระบบความคิด ในที่สุดกลายเป็นความคิดความเชื่ออยู่ในความคิดอัตโนมัติ เมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้นเหมือนกับในอดีตที่ผ่านมาคนเรามักจะใช้ความคิดความเชื่อแบบที่รับรู้มานั้นอย่างอัตโนมัติ แบบไม่ทันคิดหรือไม่มีการไตร่ตรองและแสดงออกทางกาย อารมณ์และพฤติกรรม ฉะนั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) เพราะเป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดแบบไม่ทันคิด มักจะเป็นได้ทั้งความคิดทางบวกหรือทางลบก็ได้ ตามประสบการณ์ที่ได้รับรู้จากอดีตที่ผ่านมา หรืออาจเป็นการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลความเป็นจริง ส่วนใหญ่มักเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง เช่น เครียดกินเหล้า เป็นต้น เป็นรูปแบบความคิดที่เป็นผลมาจากอดีตที่ผ่านมา และเป็นสาเหตุของการตี้อย่างต่อเนื่อง



ดังนั้น แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญกับการบำบัดความคิด ในความคิดอัตโนมัติที่ส่วนใหญ่มักเป็นความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จากนั้นแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (CBT) ได้รับความนิยมนับอย่างมาทั่วโลกตลอดมาจนกระทั่งทุกวันนี้ เพราะสามารถใช้ได้ในหลายกลุ่มเป้าหมาย แต่ในระยะเวลาต่อมาได้มีการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้มีอาการซึมเศร้า พบว่าแนวคิดนี้ไม่สามารถรักษาโรคนี้ได้ขาด และมีอาการกลับมาเป็นซ้ำอีก เนื่องจากหลังจากบำบัดแล้วยังไม่สามารถปรับความคิดแบบเดิม ๆ ที่เป็นสาเหตุของอาการกลับเป็นซ้ำ (Segal & Teasdale, 2002) จึงได้มีการพัฒนาไปสู่แนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) ที่ให้ความสำคัญกับอาการกลับมาเป็นซ้ำด้วยวิธีฝึกการมีสติเป็นหลักสำคัญ เป็นการรวมกันของแนวคิดจิตวิทยาตะวันตกกับจิตวิทยาตะวันออก MBCT เริ่มต้นจาก John Kabat-Zinn (1990) ได้พัฒนาโปรแกรมลดความเครียดอย่างมีสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program, MBSR) ที่ให้ความสำคัญกับการฝึกสติแบบนั่งสมาธิอย่างเตียว (Mindfulness Meditation) ที่ให้ความสำคัญกับการฝึกสติอยู่กับตนเองในกิจวัตรประจำวัน ให้ทำอยู่ตลอดเวลาไม่คิดถึงสิ่งอื่นใด และฝึกการมีสติด้วยการทำสมาธิและฝึกการหายใจ จากนั้น Segal and Teasdale (2002) ได้พัฒนาโปรแกรมลดความเครียดอย่างมีสติ (MBSR) เข้ากับแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางความคิด (CBT) จึงมาเป็นแนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (MBCT) ได้เริ่มพัฒนาครั้งแรกในปี ค.ศ.

2000 โดยรวมจุดเด่นของการบำบัดสองรูปแบบเข้าด้วยกัน ด้วยการสังเกตความคิดที่สามารถแยกจากพฤติกรรมได้ รวมทั้งการฝึกความคิดที่ไม่เป็นจริง และมันไม่ใช่ความคิดของฉัน “thoughts are not facts” and “I am not my thoughts” (Segal & Teasdale, 2013) เป็นการฝึกความคิดเพื่อจัดการกับความคิดแบบเดิม ๆ ในความคิดอัตโนมัติ “automatic pilot” (Segal & Teasdale) ที่ทำให้เป็นปัญหา แนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (MBCT) นี้ยังได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่น่าสนใจสู่การตระหนักรู้ ที่แตกต่างไปจากความคิดความเชื่อแบบเดิม ๆ และทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ (Segal & Teasdale, 2013) ฉะนั้น แนวคิดการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (MBCT) มีวิธีการหลักด้วยการมีสติ จึงต้องทำความเข้าใจว่าการมีสติเป็นอย่างไร และมีวิธีการฝึกบำบัดอย่างไร ดังต่อไปนี้

ความหมายของการมีสติ

จำลอง ดิษยวณิช (2557) ได้ให้ความหมายของการมีสติ (Mindfulness) ว่าเป็นความตระหนักรู้ในขณะนั้น สติจะทำงานควบคู่ไปกับสัมปชัญญะ (ความเข้าใจอย่างชัดเจน) หรือปัญญา (ความรอบรู้สิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง)

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2558) ได้ให้ความหมายของการมีสติ ว่าเป็นความรู้สึกรู้ตัวได้ เช่น มีสติ ไร้สติ ความระลึกได้ในกาหนดสติ

Germer (2005) ได้ให้ความหมายของการมีสติ (Mindfulness) ว่าประกอบด้วย Awareness, In the Present, และ Acceptance



เช่น Awareness หมายถึง การตระหนักรู้ ระลึกได้ ต่อสิ่งที่มากระทบต่อประสาทสัมผัสภายในและภายนอกทั้ง 5 In the Present หมายถึง การรับรู้ อยู่กับเหตุการณ์ในขณะนั้น (Here and Now) และ Acceptance หมายถึง การยอมรับกับความจริงแม้จะดีหรือไม่ดี

Jain et al. (2007) ได้ให้ความหมายของการมีสติว่า เป็นการเน้นการตระหนักรู้ในปัจจุบัน อยู่บนฐานการไม่ตัดสินและให้ยอมรับ เพื่อเฝ้าดูความคิดที่เกิดขึ้นมากกว่าจดจำ ด้วยการพิจารณาลมหายใจ การเฝ้าสังเกตและการตระหนักรู้ภายในและภายนอกร่างกาย โดยไม่ตัดสินหรือปรุงแต่ง

กล่าวโดยสรุป การมีสติ หมายถึง ความระลึกได้ ความนึกขึ้นได้ ความไม่เผลอใจ ฉกฉวยคิดขึ้นได้ การรู้สึกตัวในขณะนั้น เป็นการคุมจิตไว้ในกิจหรือมีสมาธิในการทำกิจการงานใด ๆ เป็นอาการที่จิตไม่หลงลืม ระวังยับยั้งใจได้ สามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ ในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความไม่ประมาท

หลักการของการบำบัดความคิดอย่างมีสติ

Segal et al. (2013) ได้อธิบายการทำงานของจิตว่า บุคคลเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด ๆ จะมีความคิดความรู้สึก 2 รูปแบบ คือ ความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ (Doing Mode) และความคิดความรู้สึกที่มีสติ (Being Mode) ดังนี้

1. ความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ (Doing Mode) เป็นความคิดตามความเคยชิน ที่เป็นการตอบสนองอย่างอัตโนมัติกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ

เป็นผลให้ไม่มีการตระหนักรู้ที่ส่วนใหญ่เป็นความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง เช่น ถ้าเคยประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งในอดีต เมื่อเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้นอีก ก็จะมีแนวโน้มที่จะเป็นอย่างนั้น ตัดสินแบบอัตโนมัติหรืออย่างเคยชิน (Automatic Pilot) เหมือนการขับรถวิ่งไป เราไม่ตระหนักรู้ถึงการขับรถ แต่จิตคิดถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นความคิดตามความเคยชิน โดยไม่มีการตระหนักรู้

2. ความคิดความรู้สึกที่มีสติ (Being Mode) เป็นความคิดที่มีสติ เป็นการจดจ่ออยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ไม่พยายามไปปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือหลีกเลี่ยงที่แตกต่างกับ Doing Mode เพราะ Being Mode จิตจะไม่ล่องลอยไปไหน อยู่กับปัจจุบัน และยอมรับได้กับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยง รู้ว่าทำอะไรอยู่ เมื่อมีสติรู้ตัวจิตสงบอยู่กับตัว (Self of Control) ไม่ฟังชวนไปตามความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้สามารถแยกความคิดออกจากตัวตนได้ และเฝ้ามองดูจิตของตนเอง ทำให้เห็นความคิด อารมณ์อย่างชัดเจน และพิจารณาอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงอารมณ์ว่าเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย สับเปลี่ยนกันไป ไม่คงอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดการยอมรับ (Acceptance) กับสิ่งที่เกิดขึ้นที่มีทั้งสุข ทุกข์ปะปนกันไป ไม่มีอะไรอยู่คงทนถาวร เป็นสิ่งที่ผ่านมาทำให้เราได้รับรู้และเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น การมีสติจะช่วยให้รู้ทันความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่ละเอียดขึ้น ช่วยลดความคิดทางลบ ช่วยให้เกิดการปล่อยวาง (Non-Striving) จากความครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรืออนาคต ด้วยการอยู่กับปัจจุบัน



กล่าวโดยสรุป แนวคิดหลักของการบำบัดความคิดอย่างมีสติ เป็นรูปแบบของจิตที่มีทั้งความคิดความรู้สึกที่มีสติ และความคิดความรู้สึกที่ไม่มีสติ ที่เป็นความคิดตามความเคยชินแบบไม่ทันคิด ฉะนั้น ต้องมีการฝึกการมีสติ เมื่อมีสติก็สามารถคิดพิจารณาอย่างใคร่ครวญ ทำให้สามารถควบคุมความคิดในการป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ โดยมีวิธีการบำบัดความคิดอย่างมีสติ ดังต่อไปนี้

วิธีการบำบัดความคิดอย่างมีสติ

Kabat Zin (1990) อธิบายการบำบัดความคิดอย่างมีสติ มี 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. เป็นการทำความรู้จักกับ Doing Mode เพื่อสร้างเข้าใจกลไกการทำงานของจิตที่ไม่มีสติ มี 2 กิจกรรม คือ การดำเนินชีวิตแบบไม่มีสติในความคิดอัตโนมัติ เป็นการทำงานของ Doing mode ที่ขาดสติทำให้พบกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาที่ประสบและมักคิดแต่เรื่องเดิม ๆ ที่เป็นความคิดตามแบบเคยชิน

2. เป็นการเริ่มฝึกการกระทำอย่างมีสติ ใน Being Mode ให้เข้ามาแทนที่ Doing Mode โดยอาศัยการฝึกสติอย่างจริงจังเมื่อมีสติเพิ่มขึ้นดีแล้ว ก็จะทำให้ทำความรู้จักกับการฝึกสติให้จดจ่ออยู่กับชีวิตประจำวัน ด้วยการพิจารณาความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น และปฏิบัติที่ตอบสนองจากการทำงานของ The Doing Mode และค่อย ๆ เรียนรู้ในการตั้งตนเองออกจาก The Doing Mode มาสู่ The Being Mode ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การใช้ชีวิตอย่างมีสติ (Being Mode) ด้วยการฝึกการไม่ดิ้นรนแข่งขัน (Non-Striving) สงบ (calming)

ฝึกการมีสติแบบจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (concentration practice) และฝึกการหยั่งรู้ (Insight practice) 2) การฝึกการรับรู้อยู่กับปัจจุบัน (Being present) ด้วยการตระหนักรู้สัมผัสทางกาย 3) ฝึกความคิดไม่ใช่ความจริง (Thought are not fact and self observe)) และ 4) ฝึกการยอมรับในสิ่งที่ เป็น (Acceptance and allowing/ letting be)

3. ฝึกการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม ด้วยการบูรณาการความรู้และทักษะไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน พร้อมกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ 1) เรียนรู้เกี่ยวกับความเปราะบางที่นำไปสู่ปัญหา หรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในบุคคล (Learning about vulnerability) 2) สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และการนำไปใช้(Summary/ Reflection/ Planning)

Crane et al. (2012) อธิบายการบำบัดความคิดอย่างมีสติมี 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ระบุขอบเขตของปัญหา มีการฝึกสติให้ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ด้วยการรวมสติตามหลักพุทธปฏิบัติ และพัฒนาปัญญาและพฤติกรรม ด้วยการบำบัดกลุ่ม

2. บำบัดความคิดในการเจริญสติ (MBCT) เป็นการบำบัดกลุ่มมี 8 กิจกรรม แต่ละกิจกรรม จะมีใบงานกลับไปทำที่บ้าน ครั้งที่ 1 ถึง 4 มุ่งเน้น การเรียนรู้แนวคิดพื้นฐาน และทักษะการปฏิบัติสติ รับรู้และเข้าใจเท่าทันความคิดอัตโนมัติ ฝึกให้มีสติอยู่กับปัจจุบัน ทำให้เกิดการตระหนักรู้ จะต้องปฏิบัติด้วยความตั้งใจและการลงมือกระทำจริง ด้วย



การเฝ้ามองความคิดและความรู้สึกตนเอง (Knowing Your Thought and Feeling) ให้อยู่กับปัจจุบัน (Staying Present) ยอมรับตามที่เป็นจริง (Allowing/Letting Be) เรียนรู้ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic Negative Thought Learning) ทำให้จัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างมีสติ ยอมรับความคิดและความรู้สึกตนเอง ให้จิตอยู่กับปัจจุบัน และประสบการณ์ที่ได้รับ นำมาพัฒนาความคิด ความรู้สึกทางกายและใจ

3. การรู้ทันความคิดที่บิดเบือน การรู้ทันความคิดที่ไม่เป็นความจริง (Thought are not Facts) จัดการกับความรู้สึกสูญเสีย “ฉันไม่ใช่ฉัน” เปลี่ยนเป็น “ฉันเป็นฉัน” (I = Me) มีสติอยู่กับปัจจุบัน จิตใจไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของอารมณ์ ความรู้สึกหรือความคิด ไม่คิดวนเวียนแต่เรื่องเดิม ๆ แยกตัวออกไป โดยการเฝ้ามอง ติดตาม เข้าใจ ความคิดและความรู้สึกตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน เรียนรู้เพื่อเตรียมรับกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดที่บิดเบือน ความคิดที่ไม่ใช่ความจริง ที่จะมาจุดให้อารมณ์ไม่ดี ทำให้การกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบซ้ำของโรคได้อีก

Segal et al. (2013) อธิบายการบำบัดความคิดอย่างมีสติมี 8 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and Automatic Pilot) การฝึกสติจากการกินลูกเกดอย่างมีสติ (Raisin) และการรับรู้สัมผัสร่างกาย (Body Scan)

2. ความคิดอยู่กับตัว (Living in our Heads) ด้วยการฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation)

และการมีสติกับลมหายใจ (Mindfulness of the Breath)

3. การควบคุมความคิด (Gathering the Scattered Mind) การทำสมาธิกำหนดลมหายใจ (Stretch and Breath Meditation) และฝึกการมีสติแบบเคลื่อนไหว (Mindfulness Movement)

4. การตระหนักรู้ (Recognizing Aversion) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และการเดินอย่างมีสติ (Mindful Walking)

5. การยอมรับความจริง (Allowing, Letting be) ฝึกสมาธิกับการทำงาน

6. ความคิดไม่ใช่ความจริง (Thought are not Facts) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และฟังเสียงกระดิ่งใน 5 นาที 10 นาที 15 นาที 20 นาที 25 นาที และ 30 นาที (Bell)

7. ฉันจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด (How can I Best Take Care of Myself)

8. การดูแลรักษาและขยายการเรียนรู้ (Maintaining and Extending)

ฉะนั้น การบำบัดความคิดอย่างมีสติ เป็นวิธีการฝึกให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการตระหนักรู้เท่าทันความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ไม่เป็นความจริง หรือความคิดทางลบ ด้วยการฝึกมีสติอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ทำให้รู้เท่าทันความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นเหตุให้เกิดปัญหา ในที่สุดเกิดสติที่สามารถควบคุมความคิดได้ ความคิดจึงไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของอารมณ์ ความรู้สึก ใจไม่วนเวียนแต่เรื่องเดิม ๆ ที่จุดอารมณ์ให้จมลึกกับความคิดทางลบ ที่เป็นเหตุให้เกิดความเครียดและอาการกำเริบขึ้นมาอีก ฉะนั้น แนวคิด MBCT จึงเป็น



แนวคิดที่เหมาะสมเกี่ยวกับการทำงานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ ดังนี้

งานสังคมสงเคราะห์การแพทย์

พระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ (2556) ได้ให้ความหมาย งานสังคมสงเคราะห์ คือ วิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ ในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน หรือชุมชน เพื่อให้กระทำหน้าที่ทางสังคมและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

Ang Bee Lian (2015) ได้ให้ความหมาย งานสังคมสงเคราะห์ คือ วิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาสังคม การทำงานทางสังคมร่วมกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการช่วยเหลือบุคคลให้พ้นทุกข์ ด้วยหลักการของความยุติธรรมทางสังคม สิทธิมนุษยชน ความรับผิดชอบร่วมกัน และการเคารพในความหลากหลายของบุคคล ที่เป็นสิ่งสำคัญของงานสังคมสงเคราะห์

IFSW and IASSW. (2014) ได้ให้ความหมาย งานสังคมสงเคราะห์ คือ เป็นการปฏิบัติงานบนพื้นฐานวิชาชีพและมีกฎระเบียบทางวิชาการ ที่ไปสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสังคม การทำงานร่วมกันทางสังคม การเสริมสร้างพลังอำนาจและการปลดปล่อยประชาชน หลักการของความยุติธรรมทางสังคม สิทธิมนุษยชน ความรับผิดชอบร่วมกันและการเคารพต่อความหลากหลาย เป็นหัวใจสำคัญของงานสังคมสงเคราะห์ ที่มีพื้นฐานทฤษฎีของงานสังคม

สงเคราะห์ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์และภูมิปัญญาท้องถิ่น งานสังคมสงเคราะห์ซึ่งเกี่ยวกับคนและโครงสร้าง เพื่อรับมือกับความท้าทายในชีวิตและยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

กุลนิษฐ์ คำรงค์สกุล (2556) ได้ให้ความหมาย งานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ คือ เป็นสาขาหนึ่งในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ที่มีนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านสังคมและอารมณ์ อันเนื่องมาจากสภาวะความเจ็บป่วย แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วยตนเองหรือปัญหานั้นเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล โดยจะดำเนินการให้คำปรึกษาป้องกัน แก้ไขฟื้นฟู ส่งเสริมศักยภาพทางสังคม และการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย รวมถึงส่งเสริมระบบสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วย (Patient's Supra System) เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลแวดล้อม รวมถึงชุมชน ให้สามารถช่วยเหลือดูแลส่งเสริมศักยภาพซึ่งกันและกัน ตลอดจนใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยภายใต้สภาวะแห่งโรคที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นปกติที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

(Morrow, 2014) ได้ให้ความหมาย สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คือ นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานในสถานพยาบาล เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล หน่วยงานด้านสุขภาพชุมชนหรือสถานบริการดูแลระยะยาว

Surendra Sha (2515) ได้ให้ความหมาย สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ คือ วิชาชีพสังคมสงเคราะห์ที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลปะ ในการ



แก้ปัญหาหรือช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหา ให้ได้รับชีวิตและความสัมพันธ์ในสังคมที่ดีขึ้น

สรุป สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เป็นสาขาหนึ่งในวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ที่ปฏิบัติงานต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการช่วยเหลือหรือแก้ไข ปัญหา โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสังคมและอารมณ์จากสภาวะความเจ็บป่วย และเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล ด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันแก้ไข ฟื้นฟูและพัฒนา รวมทั้งการเสริมพลัง ส่งเสริมครอบครัว ชุมชนและสังคมให้มีส่วนร่วมกันช่วยเหลือดูแล

การสังคมสงเคราะห์แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับจุลภาค (Micro Social Work) ระดับมัชฌิมภาค (Mezzo Social Work) และระดับมหภาค (Macro Social Work) ของ (Social Work License Map, 2018)

1. การสังคมสงเคราะห์จุลภาค (Micro Social Work) การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จุลภาคที่มักพบบ่อยมากที่สุด ทำให้คนส่วนใหญ่มักเข้าใจถึงการให้บริการของนักสังคมสงเคราะห์ในระดับนี้ โดยงานสังคมสงเคราะห์จุลภาคจะปฏิบัติงานในการแก้ปัญหาที่บุคคลหรือครอบครัว เช่น การช่วยเหลือผู้รับบริการในการหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพและบริการสังคมครอบครัวบำบัดและการให้คำปรึกษารายบุคคล ที่เป็นการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จุลภาค รวมทั้งบุคคลหรือครอบครัวที่ทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการใช้สารเสพติด ช่วยให้

บุคคลรับมือได้กับความท้าทายและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่พวกเขาพึงได้รับ

2. การสังคมสงเคราะห์มัชฌิมภาค (Mezzo Social Work) เป็นการทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มขนาดเล็กถึงขนาดกลาง ตัวอย่างของงานสังคมสงเคราะห์มัชฌิมภาค คือการทำงานในระดับละแวกใกล้เคียง (ตำบล อำเภอหรือหมู่บ้าน) โรงเรียนหรือองค์กรท้องถิ่น รวมถึงการจัดระเบียบชุมชน การบริหารจัดการองค์กรสังคมสงเคราะห์ ที่มุ่งเน้นไปที่สถาบันหรือการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมมากกว่า การให้บริการรายบุคคล นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานสังคมสงเคราะห์มัชฌิมภาค มักจะงานทั้งระดับสังคมสงเคราะห์จุลภาคและ/หรือสังคมสงเคราะห์มหภาค ที่ช่วยให้ความต้องการของผู้ใช้บริการได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับปัญหาสังคม

3. การสังคมสงเคราะห์มหภาค (Macro Social Work) เป็นการทำงานสังคมสงเคราะห์ในระดับที่สูงกว่าการสังคมสงเคราะห์จุลภาคและมัชฌิมภาค ในส่วนที่จะพยายามช่วยเหลือผู้ให้บริการโดยการเข้าไปแทรกแซงในระบบขนาดใหญ่ เช่น การวิงวอนในการเปลี่ยนกฎหมายการดูแลสุขภาพ สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางสังคมระดับชาติ การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในระดับมหภาคที่สำคัญมีความแตกต่างกับการช่วยเหลือของวิชาชีพอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือบำบัดทางจิตเวช ในงานสังคมสงเคราะห์มักจะกล่าวถึงการช่วยเหลือในปัญหาในระดับจุลภาคและมัชฌิมภาค ซึ่งการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในระดับมหภาค เป็นการวิจัยทางสังคมสงเคราะห์ การปฏิบัติการในระบบขนาดใหญ่และ



สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง

ดังนั้น การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ที่สามารถนำการบำบัดความคิดอย่างมีสติ (MBCT) มาใช้ในการปฏิบัติงานได้ในระดับจุลภาคและมัชฌิมภาคได้ โดยผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่นำ MBCT ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ พบว่าสามารถจัดการปัญหาการเจ็บป่วยได้สำเร็จและไม่กลับไปเป็นซ้ำได้อีก แต่ยังไม่มีการศึกษาในงานสังคมสงเคราะห์การแพทย์ ดังนี้

Mindfulness-Based Cognitive Therapy มาประยุกต์ใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

จากการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบว่า มีการนำ MBCT มาใช้ในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ แต่จะนำไปใช้ในงานวิชาชีพอื่น ๆ ดังนี้

การศึกษาในประเทศไทย พบว่า มีผู้นำ MBCT ไปศึกษาในกลุ่มโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล จำนวน 6-15 คน ด้วยการทำกลุ่มบำบัด 6-8 ครั้ง ๆ ละ 60-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามผลหลังการทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) เรียนรู้จากความเคยชินหรือนิสัยเดิม ๆ 2) เรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับปัญหา 3) การอยู่กับปัจจุบัน 4) การยอมรับความจริง 5) ความคิดไม่ใช่ความจริง และ 6) การใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้เพื่อจัดการกับอารมณ์ในอนาคต ด้วยการฝึกสติกับการเคลื่อนไหว (Meditation in Motion) สมาธิด้วยลมหายใจ วัตถุประสงค์ก่อน-หลังและติดตาม ด้วยแบบวัดอาการวิตก

กังวลและอาการซึมเศร้า พบว่า ระดับภาวะความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังการทดลอง และในระยะติดตามผลลดลง (จุฬาลักษณ์ คำนอนคอม, 2555; ธิดา รัตนสมบัติ, 2555; นิรมล กุบแก้ว, 2555)

สำหรับต่างประเทศ พบว่า มีผู้นำ MBCT ไปใช้ในกลุ่มที่หลากหลาย เช่น ดิตสารเสพ ดิต โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล อารมณ์สองขั้ว โรคนอนไม่หลับ โรคสมาธิสั้นและโรคเบาหวาน จำนวน 8-12 คน ด้วยการทำกลุ่มบำบัด 8 ครั้ง ๆ ละ 60-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามผลหลังการทำกิจกรรม 3 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย

- 1) การตระหนักรู้และความคิดอัตโนมัติ (Awareness and Automatic Pilot)
- 2) การฝึกสติจากการกินลูกเกดอย่างมีสติ (Raisin) และการรับรู้สัมผัสร่างกาย (Body Scan)
- 3) Living in our Heads ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และการมีสติกับลมหายใจ (Mindfulness of the Breath)
- 4) การควบคุมความคิด (Gathering the Scattered Mind) การทำสมาธิกำหนดลมหายใจ (Stretch and Breath Meditation) และฝึกการมีสติแบบเคลื่อนไหว (Mindfulness Movement)
- 5) การตระหนักรู้ (Recognizing Aversion) ฝึกนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และการเดินอย่างมีสติ (Mindful Walking)



6) การยอมรับความจริง (Allowing, Letting be) ผูกสมาธิกับการทำงาน

7) ความคิดไม่ใช่ความจริง (Thought are not Facts)

8) ฉันจะดูแลตัวเองให้ดีที่สุด (How can I Best Take Care of Myself)

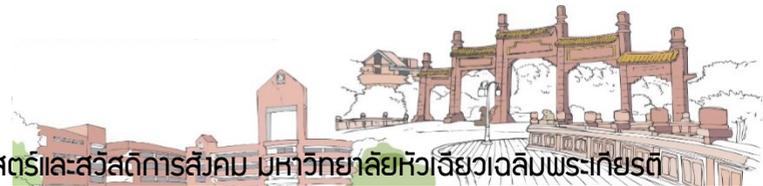
9) การดูแลรักษาและขยายการเรียนรู้ (Maintaining and Extending) ด้วยการฝึกสติกับการนั่งสมาธิ (Sitting Meditation) และฟังเสียงกระดิ่ง การฝึกสติด้วยการสำรวจร่างกาย การนั่งสมาธิ การเดินจงกรม การยืดและเดินอย่างช้า ๆ การฝึกหายใจอย่างช้า ๆ วัตถุประสงค์ก่อน-หลังและระยะติดตามผล ด้วยแบบวัดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล พบว่า ระดับภาวะความซึมเศร้าและวิตกกังวล ลดลง (Segal et al. 2013, pp. 70-75; Spinhoven, Huijbers, Ormel, and Speckens, 2017; Van et al. 2014; Sona et al. 2014; Schoenberg et al. 2014; Larouche, Belisle, and Lorrain, 2014; Kurdyak, Newman, and Segal, 2014; Forkmann et al. 2014; Catherine

et al. 2014; Billie, Clara, Kate, and Fergal, 2014)

ดังนั้น ในต่างประเทศมีการนำ MBCT มาใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย สำหรับในประเทศไทยเริ่มมีการศึกษาขึ้นแล้วแต่ยังไม่มี การนำมาใช้ในการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย แต่สิ่งสำคัญผลการศึกษาที่ได้ พบว่า MBCT สามารถใช้ช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายได้หลากหลาย และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีก ที่เป็นต้นเหตุของการกลับมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้น เพื่อให้การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ จึงขอแนะนำว่าน่าจะนำ MBCT มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำของโรคและไม่ต้องเป็นภาระของโรงพยาบาลอีกต่อไป แต่ต้องมีการศึกษาเพื่อพัฒนาให้เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ต่อไป

บรรณานุกรม

กุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล. (2556). ภาพพจน์เก่า : อุปสรรคในงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. สืบค้น 11 มกราคม 2562, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/534970>
จุฬาลักษณ์ คำโนนคอม. (2555). การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. สืบค้น 11 มกราคม 2562, จาก http://newtdc.thailis.or.th/result.aspx?Ntk=subject_facet1&Ntt=%
จำลอง ดิษยวงนิช. (2557). จิตบำบัดเชิงพลศาสตร์ที่อิงสติเป็นพื้นฐาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3), 179-194.



จิตา รัตนสมบัติ. (2555). การใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. สืบค้น 11 มกราคม 2562, จาก http://gsmis.gs.kku.ac.th/student/student_detail/505060066.

นิรมล กุบแก้ว. (2555). การบำบัดทางปัญญาโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. สืบค้น 11 มกราคม 2562, จาก เข้าถึงได้จาก [http:// library.dmh.go.th](http://library.dmh.go.th)

พจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน. (2558). พจนานุกรมไทย. สืบค้น 11 มกราคม 2562, จาก <http://dictionary.sanook.com>

พระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์. (2556). ผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เล่ม ๑๓๐ ตอนที่ ๘ ก. สืบค้น 11 มกราคม 2562, จาก [http:// swpc.or.th](http://swpc.or.th)

Ang Bee Lian (2015). *The Ministry of Health, Ministry of Social and Family Development, National Council of Social Service and Social Service Institute*. Retrieves January, 15, 2019, from <http://www.socialserviceinstitute.sg/>

Beck, T. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford press.

Billie, T., Clara, S., Kate, C., & Fergal, W. (2014). The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: A randomized controlled trial. School of Psychology, University of Surrey, Guildford, London. *Behaviour Research and Therapy Journal*, 63(1), 63-69.

Catherine, C., Rebecca, S., Catrin, E., Melanie, V., Fennell, J., Williams, G., & Thorsten, B. (2014). The effects of amount of home meditation practice in mindfulness-based cognitive therapy on hazard of relapse to depression in the staying well after depression trial. *Behavior Research and Therapy*, 63(1), 17-24.

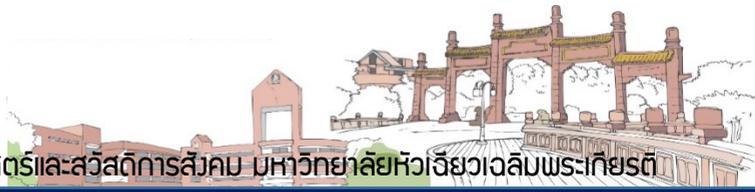
Crane, C., Winder, R., Hargus, E., Amarasing, M., & Barnhofer, T. (2012). Effect of mindfulness-based cognitive therapy on specific of light goals. *Cognitive Therapy and Research Journal*, 36(3), 182-189.

Forkmann, T., Wichers, M., Geschwind, N., Peeters, F., van Os, J., Mainz, V., & Collip, D. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: Results from a randomized controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1883-1890.

Germer, K. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.



- IFSW and IASSW. (2014). *definition-of-social-work*. Retrieves January, 15, 2019, from [https://www.ifsw.org/th/what-is-social-work/global- /](https://www.ifsw.org/th/what-is-social-work/global-/)
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(1), 11-21.
- Kurdyak, P., Newman, A., & Segal, Z. (2014). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on health care utilization: A population-based controlled comparison. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(2), 85-89.
- Larouche, M., Belisle, D., & Lorrain, D. (2014). Kind attention and non-judgment in mindfulness-based cognitive therapy applied to the treatment of insomnia: State of knowledge. *Pathologie Biologie, 62*(5), 284–291.
- Morrow, N. A. (2014), *MSW, School of Social Policy and Practice*, University of Pennsylvania.
- Schoenberg, P. L., Hepark, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention- deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology, 125*(7), 1407-1416.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.)*. New York: Guilford Press
- Social Work License Map. (2018). *macro-mezzo-and-micro-social-work*. Retrieves May, 15, 2019, from <https://socialworklicensemap.com/macro-mezzo-and-micro-social-work/>
- Sona, D., Arne, B., Jennifer, N., Jennifer, M., Boggs, R., & Zindel, S. (2014). Web-based mindfulness-based cognitive therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi- experimental comparison to propensity score matched controls. *Behavior Research and Therapy Journal, 63*(1), 83-89.



- Spinhoven, P., Huijbers, M. J., Ormel, J., Speckens, A. E. M. (2017). Improvement of mindfulness skills during mindfulness-based cognitive therapy predicts long-term reductions of neuroticism in persons with recurrent depression in remission. *The Journal of Affective Disorders, 213*(1), 112-117.
- Surendra Shah. 2015. *Methods of Social Work*. Retrieves January, 15, 2019, from https://www.academia.edu/19348033/CASEWORK_and_GROUP_WORK p.2
- Van, J., Nyklicek, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., & Pouwer, F. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(1), 81-84.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine, 2*(3), 165-173.